

## L'atenció de la cronicitat a les Illes Balears: Una oportunitat

Chronic Care in Balearic Islands, an opportunity

Eduard Guasp Sitjar<sup>1,2</sup>, Conxa Quiles Quiles <sup>1,3</sup>,  
Joaquín Pita da Veiga<sup>1,2</sup>, Francesc J. Moranta Mulet<sup>1,4</sup>

1. Grup de Revisió de l'Atenció a la Cronicitat

2- Metge

3- Infermera

4- Economista

### Resum

Els canvis en el patró poblacional representat per l'envelliment, en el patró epidemiològic evidenciat per la presència de les malalties cròniques, la discapacitat o la dependència i les dificultats econòmiques actuals, condicionen el model d'atenció sanitària i social tal com el coneixem actualment i orienta el conjunt a un nou paradigma assistencial —l'atenció de la cronicitat. Des de diferents àmbits, es manifesta que si es manté el sistema actual poden sorgir dificultats per sostenir-lo, i es proposen canvis tant en l'organització sanitària (molt orientada als pacients aguts) com en la social per tal d'adaptar-lo al nou model en què l'atenció primària i la gestió de pacients crònics assumeixin més protagonisme sense necessitar més recursos, i en què els usuaris adoptin un paper més proactiu envers la salut i l'autonomia pròpies.

*Paraules clau:* cronicitat, malalties cròniques, nou model d'atenció, envelliment, atenció primària, noves tecnologies

### Abstract

Changes in the demographic and epidemiologic pattern due to aging, pattern –evidenced by the presence of chronic illnesses, disability or dependence– in combination with the present economic hardship are affecting the health and social care system as we know it, and point to the need for a new attention paradigm focusing on chronicity. The claim is being made from different angles and if the present system is kept, its sustainability may be difficult. Thus, changes have been proposed both in health —highly oriented to acute care today— and social organization, to adapt it to the new model where primary care and chronic patients' management play a major role —without demanding extra resources— and where users become more involved in their own health and autonomy.

*Key words:* : chronic, care chronic illnesses, new model of attention, aged, primary care, new technologies

### Correspondència

Grup de Revisió de l'Atenció a la Cronicitat  
C/Jesús, 40 · 07010 · Palma de Mallorca  
eguaspa@gesma.caib.es

Als mitjans de comunicació —tant als especialitzats com als no especialitzats—, als fòrums científics i de gestors sanitaris,<sup>1</sup> en documents publicats per diferents societats científiques,<sup>2</sup> en planificacions i documents de les comunitats autònomes<sup>3</sup> o del Ministeri de Sanitat,<sup>4</sup> de l'OMS, de la UE i de l'ONU, resulta habitual trobar-hi referències a l'atenció sanitària i social de les persones grans amb malalties cròniques com un aspecte que cal tenir molt en compte en el futur immediat —gairebé en el present— tant pel que fa a l'atenció sanitària com a l'organització dels serveis socials, i també la gestió eficient i sostenible del conjunt.

En el context socioeconòmic actual, s'ha fet evident que els sistemes sanitari i social s'enfronten a reptes diversos: finançament, increments de la demanda i la despesa en relació als pacients crònics o a la disminució dels recursos propis disponibles. Assegurar uns sistemes d'atenció sostenibles i equitatius en el temps, amb un escenari com el que hem esmentat, passa per fer determinades adaptacions en ambdós sistemes. Les reformes estructurals necessàries són sobradament conegudes i històricament deixades de banda: els anys de bonança econòmica han ajudat a l'administració sanitària a relaxar-se pel que fa a la presa de decisions, que ara semblen ineludibles, i al llarg dels anys s'ha donat una certa prepotència pressupostària en la sanitat amb relació a la gestió econòmica, justificada més o menys pel caràcter de bé preferent. Diverses estimacions situen el dèficit de la sanitat entre el 10 % i el 15 % dels pressuposts assignats a la sanitat per les comunitats autònomes (59.738 milions d'euros en els pressuposts de 2010). Durant l'any 2008, la proporció del producte interior brut (PIB) destinada a la despesa sanitària se situà en el 9 %. Hi s'observen diferències territorials quant al finançament sanitari per capita: el País Basc (1.563 €) supera en 560 € l'a comunitat de pressupost més

petit, les Illes Balears (1.003 €).<sup>5</sup> En deu anys, un de cada cinc espanyols tindrà més de 65 anys; per tant, més de deu milions de persones representaran un cost sanitari entre quatre i dotze vegades superior al de la resta de població. A més, sis de cada deu persones patirà una malaltia crònica, i els nous avenços terapèutics i tecnològics molt possiblement afavoriran l'augment de la demanda.

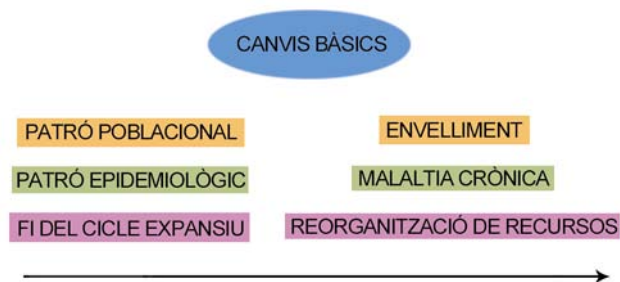
La saturació assistencial és gran: a l'atenció primària, els pacients són assignats a la consulta de medicina de família amb una mitjana de temps aproximada de 6,5 minuts. A més, l'any 2006 es varen visitar aquestes consultes més de vuit vegades l'any, la qual cosa suposa un 40 % més que la mitjana de la Unió Europea; de fet, es calcula que una de cada tres visites a la consulta de medicina de família podria ser innecessària des del punt de vista d'atenció de la salut. A més a més, entre el 30 % i el 80 % de les visites als serveis d'urgències podrien no ser urgents. I encara més: la despesa farmacèutica a Espanya és un 40 % superior a la d'estats com ara Bèlgica, Dinamarca, el Regne Unit o Portugal, i el 70 % de les receptes es concentren en el 20 % de la població (pensionistes). A tot això se suma que hi ha diferències regionals significatives pel que fa a les proves diagnòstiques o a la mortalitat i també hi ha variabilitat clínica i de productivitat interregional que no sempre respon a criteris d'eficiència o de qualitat. I, per acabar, les taxes d'ocupació dels hospitals públics superen el 80 % i les llistes d'espera segurament continuaran essent un punt conflictiu o un motiu de disputes polítiques. En general, es podria dir que la relació entre inversió i despesa en productes sanitaris i nous tractaments no sempre es tradueix en millores en la salut real de la població. Si es manté el model expansiu actual sense fer-hi certes reformes, podríem trobar comunitats autònomes on més del 50 % del pressupost es destini a la sanitat —a les Illes Balears

#### Què són les malalties cròniques ?

- Son malalties que el sistema sanitari no guareix
- Son malalties més prevalents en les persones majors
- Son malalties de llarga durada, mantingudes en el temps
- Son malalties que representen un deterioro progressiu, lent i continuat del pacient
- Son malalties que provoquen un disminució gradual de l'autonomia i capacitat funcional
- Son malalties que disminueixen la qualitat de vida dels pacients
- Son malalties amb repercussions laborals, econòmiques i socials per a les famílies i la societat
- Son malalties que requereixen cures i atenció de llarga durada
- Son malalties que representen un fort impacte econòmic sobre els sistema sanitari i social
- Son malalties amb elevada comorbiditat i mortalitat prematura
- Son malalties sobre les que es pot intervenir amb la prevenció i promoció de la salut

actualment supera el 35 %—, cosa que crearà una bretxa global (estatal) entre el creixement de la despesa sanitària i el creixement del PIB d'uns cinquanta mil o seixanta mil milions d'euros l'any 2020<sup>6-7</sup>.

En els darrers anys s'han produït avanços innegables en matèria social, educativa, econòmica i, per descomptat, sanitària, amb un desplegament de recursos vertaderament notable, en certa manera un motiu d'admiració en altres indrets. Però aquest desenvolupament i desplegament de recursos no sempre es veuen reflectits en una qualitat de vida més bona per a les persones grans ni en més bons resultats en matèria de salut. En les dues darreres dècades els guanys en salut atribuïbles, per exemple, a l'adopció de noves tecnologies han resultat marginals (molt costoses i d'escàs valor diagnòstic, terapèutic o preventiu afegit): el 30 % de les tecnologies utilitzades han estat o són prescindibles i suprimir-les de la cartera de serveis no afectaria els resultats en matèria de salut<sup>8</sup>. L'envelliment, acompanyat de la millora de la capacitat funcional, és una bona notícia per a les polítiques de benestar social.



El retard de l'edat de defunció és el resultat d'avanços en la lluita contra la mortalitat prematura i evitable. La millora de l'esperança de vida amb bona salut és un èxit —entre d'altres— del sistema sanitari. Ara bé, les mancances que hi ha que no tenen arrels sanitàries —sinó més aviat d'altres camps del desenvolupament humà— tenen pendent molt de recorregut per assolir un més gran estat d'equilibri entre la salut i el benestar individual i col·lectiu i els recursos disponibles o la inversió feta.

Actualment, als països desenvolupats s'han produït tres canvis que resulten fonamentals a l'hora de planificar o gestionar els sistemes d'atenció personalitzada: 1) en el patró demogràfic s'ha modificat la piràmide poblacional a causa d'una longevitat més gran; 2) en el patró epidemiològic s'han incrementat les malalties cròniques, i 3) la situació de fi d'un cicle

expansiu econòmic limita la disponibilitat de recursos. El reconeixement o la identificació dels canvis esmentats obliga a adaptar-se a la nova situació als polítics, als gestors, als professionals i als pacients o usuaris, i interioritzar aquesta nova realitat social i sanitària. Ara les persones viuen més temps que abans i tenen més possibilitats d'envellir i, per tant, de gaudir amb plenitud del significat que això té; per una altra part, molt probablement a l'edat s'aniran afegint alteracions en la salut que, en un grau major o menor, requeriran una atenció especialitzada en l'àmbit de l'atenció de la cronicitat. A més, per suposat s'experimentaran reorganitzacions dels sistemes d'atenció.

En general es podria dir que el sistema sanitari actual està fortament orientat a l'atenció dels pacients aguts, s'ha desbordat en certa manera l'escenari de la proximitat i la personalització —representat, sens dubte, per l'atenció primària— i s'ha reforçat de nou el fenomen de l'hospitalcentrisme,<sup>9</sup> en què la immediatesa, la tecnologia o la complexitat assistencial en són alguns dels fonaments. Els hospitals d'aguts tenen una forta atracció per a la ciutadania en general, en els polítics i els gestors i, per descomptat, en els mitjans de comunicació, i es deixa entreveure una suposada major rellevància del paper que representen, tot deixant de banda —segurament per desconeixement— altres àmbits assistencials tal vegada menys atractius socialment o mediàticament, però sobre els quals en realitat recau el pes de l'atenció sanitària de la majoria de la població, i molt especialment de les persones grans: l'atenció primària.

Durant el període 2008-2009, a Espanya es produïren 267.309 altes susceptibles de ser considerades com hospitalitzacions potencialment evitables (HPE) que representen el 3 % del total. A més, el 80 % de les HPE es donen en persones de més de 65 anys. La probabilitat que es produeixi una HPE pot dependre del lloc de residència, però es pot multiplicar per 3 o per 12 depenent de determinades patologies. Les taxes d'HPE estan relacionades amb la qualitat subòptima de l'atenció proporcionada a malalts i als seus cuidadors i el 41 % estan relacionades amb la propensió a hospitalitzar i estan afavorides per la concentració de la població al voltant de centres hospitalaris<sup>10</sup>. Las taxes d'hospitalització en les persones grans són molt altes, amb 202 ingressos/any per cada 1.000 persones de 65 a 79 anys i 332 ingressos/any per cada 1.000 persones de 80 anys o més. Aquest gran nombre d'hospitalitzacions de persones grans està motivat, en general, per descompensacions de

	0-64 anys	65 anys i més	Totals	% > 65
Consultes Mèdiques	2620760	1147583	3768343	30.45
Usuaris visitats	717984	232284	950628	24.43
Consultes Infermeria	1501476	1045121	2546597	69.60
Usuaris visitats	551047	202271	753318	26.80

Quadre 1. Activitat Atenció Primària a les Illes 2011

	0-64	65 anys i més	Totals	% > 65 s/total
Consultes Mèdiques	433899	65150	499049	13.05
Consultes Infermeria	178812	56691	231503	24.48
Usuaris visitats	480605	94522	575127	16.43

Quadre 2. Activitat PAC's - SUAP a les Illes 2011

	0-64 anys	65 anys i més	Totals	% > 65 s/total
Urgències	323117	77279	400396	19.30

Quadre 3. Urgències als hospitals d'aguts de les Illes 2011

	0-64 anys	65 anys i més	Totals	% > 65 s/total
Altes	48163	28342	76505	37.04

Quadre 4. Altes d'hospitalització dels Hospitals d'Aguts a les Illes 2011

	Altes totals	Altes 65 anys i més	% 65 anys i més
CARDIOLOGIA	4017	2445	60.86
DIGESTIU	2940	1456	49.52
M INTERNA	13709	9760	71.79
PNEUMOLOGIA	2416	1434	59.35
NEUROLOGIA	2285	1203	52.64
ONCOLOGIA	1527	679	44.46
TRAUMATOLOGIA	7777	3269	42.03
UROLOGIA	3840	1792	46.66
ALTES TOTALS	76505	28342	37.04

Només inclou unitats amb nombre significatiu d'altes de majors de 65 anys.  
No compren àrees quirúrgiques, ni obstètriques ni intensius etc.  
Font: Sistemes d'Informació Servei de Salut Illes Balears

Quadre 5. Unitats hospitalàries d'aguts, amb major nombre d'altes de 65 anys i més

# GRD's dels Hospitals d'Aguts, de 65 anys i més 2011

	CDM	GRD	Descrip	Tipus	Altes
1	4 Ap Resp	541	Neumonia simple-altres...	M	1965
2	5 Ap Circul	127	Insuf cardíaca-shock...	M	951
3	5 Ap Circul	544	Insuf cardíaca-arritmia...	M	879
4	1 Malalties Sist Nerv	14	Ictus amb infart Substit art major-no cadera...	M	533
5	8 Sist Musc-Esq	209	EPOC	Q	515
6	4 Ap Resp	88	Substit cadera...	Q	421
7	8 Sist Musc-Esq	818	Neumonia simple-pleuritis...	M	389
8	4 Ap Resp	89	Proc cadera-femur...	Q	356
9	8 Sist Musc-Esq	211	Trast renals-vies urin...	M	335
10	11 Renal-V urin	569	Bronquitis&asma...	M	323
11	4 Ap Resp	588	Angina de pecho	M	295
12	5 Enf y trast ap circul	140	Edema pulm&insuf resp	M	275
13	4 Ap Resp	87	Altres malalt sit nerviós...	M	274
14	1 Malalties Sist Nerv	533	Bronquitis&asma...	M	236
15	5 Ap Resp	96	Insuf renal	M	188
16	11 Renal-V urin	316			
Total GRD's					8366
Altes totals					28342

Quadre 6 Sistema Nacional de Salut (SNS) 2010			
Em dep	Pes SNS	Cost mitjà	
8,27	1,175900	4891,30	
6,82	0,808611	3363,50	
8,5	1,303851	5423,50	
7,67	0,904701	3763,20	
7,06	1,501507	6245,70	
6,29	0,651858	2711,50	
8,81	1,689341	7027,00	
7,52	0,775557	3226,00	
9,65	1,797494	7476,90	
8,07	1,082333	4502,10	
6,81	0,838143	3486,40	
5,05	0,547530	2277,50	
6,92	0,901397	3749,50	
11,41	2,081816	8659,60	
6,19	0,677847	2819,60	
6,79	0,857830	3568,30	

% de GRDs crònics sobre altes totals



Quadre 6. Grups relacionats amb el diagnòstic (GRD) als hospitals d'aguts de més de 64 anys l'any 2011

malalties cròniques (insuficiència cardíaca, MPOC, cardiopaties,diabetis...). Es dona certa variabilitat al respecte que es podria associar al volum de recursos disponibles a cada àrea i a la productivitat d'aquests, de manera que les àrees amb més llits d'hospitalitza-

ció i professionals mèdics per cada mil habitants, amb menys estada mitjana i amb més ocupació presenten taxes més altes d'hospitalització de persones grans<sup>11</sup>. Als quadres anteriors figuren algunes dades que permeten conèixer el fluxos de les



### Les persones grans i el sistema sanitari

Les persones grans acudeixen amb freqüència a urgències, hospitals i centres de salut.

Augmenta el temps d'estada de les persones grans ingressades.

Les persones grans ingressades cada vegada presenten més complexitat.

La relació de les persones grans amb el sistema sanitari, especialment l'hospitalari, incrementa els costos de l'atenció

persones de més de 65 anys en el sistema sanitari de malalties cròniques (insuficiència cardíaca, les Illes Balears (però no els motius de l'assistència). Es tracta d'un resum de l'activitat assistencial que ha generat l'atenció d'aquestes persones als centres d'atenció primària de les Illes Balears, als dispositius dels PAC o del SUAP, a urgències o a hospitalització d'aguts.

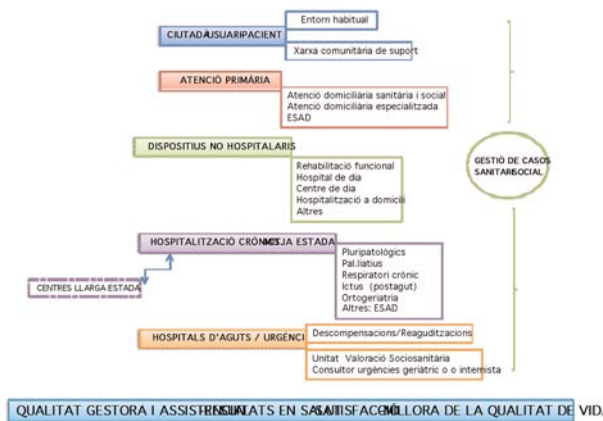
El quadre 6 representa els GRD més pròxims a les patologies cròniques, pel nombre de casos, l'edat i el component implícit de cronicitat dels diagnòstics que inclou el GRD.

Des de qualsevol perspectiva, les persones grans que són pacients crònics *no tenen cap tipus de responsabilitat ni n'ha d'assumir cap* amb relació a les disfuncions sistèmiques que pugui presentar el sector o sobre la sostenibilitat financera d'aquest, a pesar que es diu que entre el 70 % i el 80 % de la inversió sanitària va lligada a les malalties cròniques. Des del nostre punt de vista, aquesta no seria la conclusió adequada, sinó que seria més convenient *definir un nou plantejament de la situació que impliqui gestionar o abordar la cronicitat des d'una perspectiva transversal i multidimensional*, capaç d'estructurar mesures correctores en el conjunt de l'organització basades en l'evidència, l'eficàcia i l'eficiència, juntament amb la cerca permanent de la millora de la qualitat de vida de les persones. Els pacients no trien —en general— les solucions més oportunes per als seus problemes de salut; les dificultats sorgeixen quan les solucions que els polítics, els gestors o els professionals proposen no s'adapten als problemes reals o a les necessitats dels usuaris<sup>12</sup>. Habitualment, els problemes crònics de les persones grans es tradueixen en encontres amb el sistema hospitalari o en la conversió de perfils de cures en crisis sanitàries puntuals o amb l'ús de tecnologies que no aporten beneficis especials.

El contacte de les persones grans que són pacients crònics i el medi hospitalari resulta inevitable. *La qüestió no és tant identificar el nivell on han de rebre assistència o atenció, sinó com gestionar la cronicitat, la discapacitat o la dependència en cada un dels nivells assistencials*. L'envelliment de la població i l'atenció de la cronicitat plantegen problemes especials al sistema sanitari —i, per afegiment, al sistema social—, la qual cosa *requereix de coneixements i rols específics* dels professionals i també instruments adequats per prendre les decisions correctes en els àmbits individual i poblacional.

La pluripatologia, com a element representatiu de la cronicitat i sobre la qual s'observa hi ha dificultats relatives als conceptes, d'aproximacions a la prevalença (amb diferències entre el 20 % i el 50 % segons la bibliografia consultada) o desconeixement de la càrrega social que representa, ens orienta a l'hora d'elaborar el perfil tipus de pacient gran amb diverses malalties cròniques, polimedicat i amb una susceptibilitat especial i fragilitat clínica. Aquesta situació clínica comporta, en general, la freqüent demanda d'atenció, *difícilment programable*, en els diferents nivells assistencials a causa d'exacerbacions (deterioració de la situació clínica de base) o descompensacions (incapacitat d'un òrgan per acomplir les funcions que li són pròpies) i patologies interrelacionades que sobrecarreguen els pacients amb una deterioració progressiva i una disminució gradual de l'autonomia i de la capacitat funcional.

En conjunt, els pacients pluripatològics representen un col·lectiu especialment predisposat a patir els *efectes deleteris de la fragmentació i de la superespecialització de l'assistència*. Podem considerar-los com *elements sentinella de la salut global del sistema sanitari i social*; i probablement una anàlisi de la qualitat de l'atenció proporcionada a aquests pacients podria reflectir les fortaleeses i les àrees subsidiàries de millora dels sistemes (coordinació entre nivells,



gestió de casos, sistemes d'informació integrats, ús eficient dels recursos, accés a urgències o a hospitalització i atenció primària)<sup>13</sup>.

L'atenció de les persones grans amb malalties cròniques més els components de discapacitat i/o dependència que s'hi puguin donar ens orienta a un *nou escenari sanitari i social*. Previsions o planificacions incompletes o plantejades i no desplegades, una oferta desproporcionada de serveis o una falta de visió global dels responsables a l'hora d'articular una alternativa al sistema actual de funcionament, han anat condicionant la situació actual i les conegudes dificultats que presenta. El cicle expansiu de la darrera dècada ha agreujat alguns problemes endògens del sistema, amb un creixement poc racional. Els menors guanys en salut que s'han pogut produir ho han estat a un cost exponencialment major de les activitats preventives, diagnòstiques, terapèutiques i de cures. Correspon als professionals, als gestors i als polítics assumir la desinversió activa, en la qual allò que no afegeixi valor o ho faci de manera molt residual obligui a reassignar aquests recursos a altres funcions, activitats o estratègies que permetin mantenir i millorar la salut de la ciutadania.<sup>14</sup> *Reorientar el sistema sanitari i abordar l'espai sociosanitari des d'una altra perspectiva* no només implicaria més qualitat en l'atenció, sinó la reducció dels costos actuals, atès que es podrien readreçar o alliberar recursos als grups de pacients amb més necessitats i s'evitarien les actuacions indiscriminades sobre la inversió sanitària global. A Europa en general i a diferents llocs de l'estat espanyol en particular s'han implantat durant els darrers anys nombroses experiències respecte d'això: un dels principals models de referència internacional en l'atenció dels pacients crònics es el *model d'atenció a crònics* (CCM, per l'anglès *chronic care model*), desenvolupat per Edward Wagner i els seus col·laboradors del MacColl Institute for

Healthcare Innovation (Seattle, EUA).<sup>(15)</sup> L'OMS [vegeu <[www.int/chronic\\_conditions/en](http://www.int/chronic_conditions/en)>] adopta, modifica i adapta el model anterior i l'anomena "model d'atenció innovadora a condicions cròniques" (ICCC, per l'anglès *innovate care for chronic conditions framework*), que reforça i incorpora l'enfocament poblacional a les polítiques de salut; la coordinació i la integració de les cures; l'èmfasi en la prevenció i en la qualitat, i la flexibilitat o la presa de decisions basada en l'evidència.

Més enllà dels dos models anteriors, es construeix un model igualment de base poblacional que amplia el concepte de les necessitats de les persones versus el component estructural o funcional, conegut com "model de bones pràctiques en gestió sanitària" de Kaiser Permanente<sup>16</sup>. Una de les aportacions del model —conegut com "piràmide de risc" o "piràmide de Kaiser"— ve donada per la classificació dels pacients crònics d'acord amb el risc i la complexitat tenint en compte diferents components (autonomia, pluripatologia, edat, etc.) per tal d'orientar els recursos de manera personalitzada. Cal tenir en compte que les malalties cròniques són de durada llarga i de progressió lenta i continuada, disminueixen la qualitat de vida de les persones afectades i la dels seus familiars o cuidadors i/o provoquen discapacitat i dependència a mesura que el procés avança. Aquestes experiències o *models d'abordatge de la cronicitat* configuren una tendència cap a un nou paradigma assistencial orientat i centrat en una atenció *MÉS personalitzada i proactiva* i traslladada —sempre que sigui possible— a l'entorn habitual de les persones afectades i parant esment en les necessitats dels pacients i dels cuidadors.

Per dur a terme aquests canvis, *cal reorientar el sistema sanitari i social* de manera que l'atenció primària recuperi el paper de nucli de coneixement, proximitat i personalització de l'atenció de les persones grans, on el desplegament de programes específics i l'atenció domiciliària aportin equilibri al conjunt; on les xarxes comunitàries desenvolupin el seu suport a l'entorn habitual dels pacients; on la prevenció i la promoció de la salut ocupin un lloc destacat; on la continuïtat de les cures estigui responsablement garantida entre tots els nivells i tenguin caràcter individualitzat i unitari; on l'atenció hospitalària d'estada mitjana o sociosanitària procuri l'atenció especialitzada pertinent als pacients crònics diagnosticats i coneguts per tal de facilitar-ne la recuperació funcional o l'acompanyament pal·liatiu en cas necessari; on els dispositius no hospitalaris cobreixin adequada-

Les malalties no transmissibles són la causa principal de mortalitat, morbiditat i discapacitat a la Regió Europea de l'OMS. Les quatre principals són les malalties cardiovasculars, el càncer, la malaltia pulmonar crònica obstructiva i la diabetis. En conjunt, representen la major part de la càrrega de morbiditat i mortalitat prematura. A Europa, les malalties no transmissibles representen en conjunt gairebé el 86 % de les defuncions i el 77 % de la càrrega de malaltia, i generen cada vegada més una pressió sobre la salut, sobre el sistema sanitari i social, sobre el desenvolupament econòmic i sobre el benestar de gran part de la població, especialment entre les persones grans. A més, s'incrementen les necessitats d'atenció sanitària i social i els costos es concentren en els darrers anys de vida de les persones. Afrontar les malalties cròniques i els factors de risc d'aquestes comprèn un proporció significativa del producte interior brut d'un país. (ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT. *Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. Disponible en línia en: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/170155/e96638.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf)).

ment les actuacions transversals de la rehabilitació funcional o del descans familiar, entre d'altres, amb un desplegament més gran dels equips de suport domiciliari; on les estructures socioresidencials aportin més flexibilitat al nou model... I, finalment, on l'atenció hospitalària d'aguts i —per descomptat— de les urgències hospitalàries es reservin exclusivament i només en casos necessaris per a l'estabilització de descompensacions o exacerbacions complexes.

Progressivament —però no eternament— caldria *promoure la transició d'un model orientat a les estructures i a les necessitats funcionals a un model orientat a la qualitat de vida i la satisfacció dels usuaris i dels professionals*, sense necessàriament nous recursos ni estructures. En el marc d'aquesta dinàmica de canvi i adaptació, caldria evitar al màxim les actuacions reactives puntuals que no responguin a una estratègia dissenyada prèviament, les quals provoquen un cercle viciós d'augment de consum recursos i insatisfacció de les parts implicades.

Una de les característiques desitjables en una societat desenvolupada —a la qual se li suposa un cert grau de maduresa social i sanitària— que disposa d'una xarxa assistencial i d'atenció ben desplegada té a veure amb *l'actitud personal i col·lectiva* amb relació a tenir cura d'un mateix, especialment pel que fa a la salut, procurant adoptar un paper proactiu en l'etapa de la vellesa, en l'adversitat o en la necessitat. L'autonomia personal sobre la base de la confiança i l'autoestima es transforma en un element clau per assolir una posició de vida saludable i alhora responsable o solidari amb relació als recursos públics.

Mantenir una certa distància amb els sistemes d'atenció personal —mentre sigui possible— no té res de negatiu; hiperfreqüentar els dispositius assistencials o fer un ús no adequat dels medicaments dificulta l'exercici de l'autonomia personal i medicalitza en excés la trajectòria vital.

La satisfacció dels usuaris i dels professionals està relacionada de manera ja inexcusable amb unes organitzacions que responen al que demana la societat, no a altres qüestions de caràcter més estructural i que, a més, aporten proximitat, calidesa i qualitat i afavoreixen i gestionen de forma responsable i raonable els recursos o la redistribució de la despesa sanitària<sup>15</sup>, i aposten pels resultats en salut, la sostenibilitat econòmica del sistema i la qualitat de vida de les persones afectades i dels seus familiars o cuidadors i, per descomptat, també dels professionals. L'evidència assenyala que una gestió diferent dels pacients crònics millora significativament els resultats en salut, i suposa estalvis significatius per al conjunt del sistema sanitari i social, atès que corregeix - entre d'altres- l'ús inadequat dels recursos. A tall de resum, es podrien considerar els elements clau d'aquest nou paradigma: introduir i promoure amb relació als pacients grans i als crònics coneguts, una posició assistencial diferent a l'actual per part dels hospitals d'aguts i dels seus serveis d'urgències; interrelacionar el sector social-residencial amb el sector sanitari; afavorir la segmentació dels pacients crònics pel grau de risc i complexitat; introduir la gestió de casos multidisciplinària; donar un nou impuls a l'atenció primària en els aspectes de la cronicitat, reforçant la proximitat i l'atenció comunitària en un sentit ampli; cercar la implicació activa dels usuaris a l'hora de



tenir cura d'un mateix i durant el procés d'emmalaltir; incidir en la prevenció i en la promoció de la salut com a nucli d'un envelliment saludable i proactiu; el desplegament real de les noves tecnologies en la gestió d'aquestes situacions de cronicitat, i, per últim, establir una coordinació tècnica centralitzada de caràcter temporal i sense necessitat de nous recursos. *El fet de per què una evidència "buena, bonita y barata"*<sup>17</sup> pot tardar dècades a ser assumida pel sistema sanitari i els seus responsables forma part dels misteris de la naturalesa humana.

## Bibliografia

1. CARRILLO, E. [et al.]. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Barcelona: Antares Consulting, 2010. Disponible en <[www.asociacion-aeste.es/comun/documentacion/claves.pdf](http://www.asociacion-aeste.es/comun/documentacion/claves.pdf)>.
2. BATURONE, O. [et al.]. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas: documento de consenso. Sevilla: Sociedad Española de Medicina Interna / Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2011. Disponible en [www.opimec.org/media/files/Enfermedades\\_Crnicas\\_V02.pdf](http://www.opimec.org/media/files/Enfermedades_Crnicas_V02.pdf)
3. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Vitòria: Eusko Jaurlaritz, 2010. Disponible en: <<http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>>  
SERVIZO GALEGO DE SAÚDE. Estrategia SERGAS 2014: la sanidad pública al servicio del paciente. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, s/d. Disponible en <[www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia\\_Sergas\\_2014.pdf](http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf)>  
JUNTA DE EXTREMADURA. Plan marco de atención sociosanitaria en Extremadura: Plan director 2005-2010. Mérida, 2005. Disponible en <[www.udc.es/grupos/cndeuto/docs/Plan%20marco%20de%20At.%20Sociosanitaria%20en%20Extremadura.pdf](http://www.udc.es/grupos/cndeuto/docs/Plan%20marco%20de%20At.%20Sociosanitaria%20en%20Extremadura.pdf)>  
SERVICIO CANARIO DE LA SALUD. Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, 2002. Disponible en <[www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/canarias-guiaap-01.pdf](http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/canarias-guiaap-01.pdf)>  
CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL. II Plan de atención a las personas mayores en Castilla-La Mancha 2011. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2008. Disponible en <[www.jccm.es/contenidos/portal/ccurl/773/892/IIPlanAtencionPersonasMayoresHorizonte2011.pdf](http://www.jccm.es/contenidos/portal/ccurl/773/892/IIPlanAtencionPersonasMayoresHorizonte2011.pdf)>  
DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Saragossa: Gobierno de Aragón, s/d. Disponible en <[www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF](http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF)>.
4. IMERSO. Libro blanco de coordinación sociosanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en [www.msc.es/gl/novedades/docs/Libro\\_Blanco\\_CCS\\_15\\_12\\_11](http://www.msc.es/gl/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11)
5. PRICEWATERHOUSE. Diez temas candentes de la sanidad española para 2011: el momento de hacer más con menos. Bilbao, 2011. Disponible en <[http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/C3E57115C101721DC125786200512BD5/\\$FILE/Informe%2010%20temas%20candentes%20Sanidad%202011\\_final.pdf](http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/C3E57115C101721DC125786200512BD5/$FILE/Informe%2010%20temas%20candentes%20Sanidad%202011_final.pdf)>
6. GARICANO, L. "Sanidad". En: BAGÜES, M; FERNÁNDEZ-VILLAVEVERDE, J.; GARICANO, L. (ed.). La ley de economía sostenible y las reformas estructurales: 25 propuestas. Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), 2010, p. 120-125. Disponible en <[www.reformasestructurales.es/les.pdf](http://www.reformasestructurales.es/les.pdf)>
7. BELTRÁN, A. [et al.]. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), 2009. Disponible en <[www.cambioposible.es/documentos/sanidad\\_cambio\\_posible.pdf](http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf)>
8. Campillo C, Bernal-Delgado E. Desinversión y eficiencia en sanidad: aun sin brotes verdes. Rev Calid Asist.2012;27(3):127-129
9. Pérez-Ciordia, I. Las "no enfermedades" y la medicalización. Jano.2011; 00:73-6 - vol.00 num 1775.
10. Abadía-Taira MB et al. Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE) relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas. Atlas VPM 8 2011;(4)2.
11. Suárez García et al. Variabilidad en las hospitalizaciones de las personas mayores en el SNS. Atlas VPM 2010(4)1.



12. Solano Jaurrieta JJ El paciente crónico, motor del cambio sanitario. Atlas.Varialibildad Práctica Médica 2010;4(1):315-316
13. Resultados preliminares del proyecto Profund: Desarrollo y validación de un modelo de pronóstico y de predicción funcional para pacientes pluripatológicos en España. Disponible en: <http://www.opimec.org/actuales/noticias/400/resultados-preliminares-del-proyecto-profund-desarrollo-y-validacion-de-un-modelo-pronostico-y-de-prediccion-funcional-para-pacientes-pluripatologicos-en-espana/>
14. Repullo JR. Taxonomía práctica de la desinversión sanitaria en lo que no añade valor, para hacer sostenible el SNS. Rev Calid Asist.2012;27(3):130-138.
15. MACCOLL INSTITUTE FOR HEALTHCARE INNOVATION. Chronic care model. Washington, DC (EUA): American Academy of Family Phisicians, 2012. Disponible en <<http://www.aafp.org/online/en/home/practicemgt/quality/qito-ols/quality/chroniccare.html>>
16. Bengoa R. Innovación en la gestión de las enfermedades crónicas. Jano 2008;49-52.  
Baturone O. Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos. Gestión Clínica 2.0. EASP.  
Gérvas J, Pérez Fernández M. Modelo de atención a crónicos y otras iniciativas de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos. AMF 2009;5(6)356-364.
17. LÓPEZ CASASNOVAS, G. (dir). Envejecimiento y dependencia: situación actual y retos de futuro. Barcelona: Caixa Catalunya, 2005. Disponible en [www.upf.edu/pdi/cres/lopez\\_casasnovas/\\_pdf/CaixaCATEnv](http://www.upf.edu/pdi/cres/lopez_casasnovas/_pdf/CaixaCATEnv)
18. ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012-2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. Disopnible en [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/170155/e96638](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638)

